

PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/21842>

Please be advised that this information was generated on 2017-12-05 and may be subject to change.

gen is weliswaar een noodzakelijk hulpmiddel, maar het mag geen doel op zich worden dat leidt tot onnodige bureaucratisering.

De participatie van het management binnen het 'dual commitment' is wezenlijk, waardoor het kan uitgroeien naar daadwerkelijk integraal en integrerend management. De benodigde financiële ruimte voor het implementeren en uitbouwen van het concept moet vooralsnog in gezamenlijkheid worden opgebracht, te weten op afdelings-, cluster- en ziekenhuisbestuursniveau. De medisch-ondersteunend specialist kan en moet door zijn cen-

trale rol als diagnostisch manager bij 'dual commitment' het ziekenhuisbrede belang van het specialisme nog meer inhoud geven. •

prof.dr D.J. Ruiter,
patholoog, voorzitter clusterbestuur, Instituut voor Pathologie, Cluster Paraklinische Specialismen, Academisch Ziekenhuis St. Radboud, Nijmegen

drs W.B.H. van de Vorle,
bedrijfskundige, manager clusterbestuur, Cluster Paraklinische Specialismen, Academisch Ziekenhuis St. Radboud, Nijmegen

De auteurs betuigen erkentelijkheid aan dr R. Giard, prof.dr F. Gribnau, dr H. Schuurmans Stekhoven en mrdrs. J. Thia-dens voor het kritisch becommentariëren van de tekst en aan mw J. Burgers-Ariëns voor secretariële ondersteuning.

Literatuur

1. Giard RWM. De veranderende plaats van de patholoog in de medische zorg. I. Steeds meer mogelijkheden met steeds minder materiaal. Ned Tijdschr Geneesk 1995; 139: 108-10.
2. Giard RWM. De veranderende plaats van de patholoog in de medische zorg. II. Wat moet wel en wat niet naar de patholoog? Ned Tijdschr Geneesk 1995; 139: 100-13.
3. Giard RWM. De veranderende plaats van de patholoog in de medische zorg. III. Van epiloog naar proloog. Ned Tijdschr Geneesk 1995; 139: 113-5.

'Dual commitment' als managementstijl in ziekenhuizen

W.B.H. van de Vorle en D.J. Ruiter

De besturingsmogelijkheden van instellingen als het ziekenhuis zijn beperkt. Met 'management by dual commitment' wordt een managementstijl gepresenteerd die zowel qua cultuur, structuur als proces inspeelt op het type organisatie.

SINDS JAREN STAAT het management van non-profitorganisaties in de belangstelling. Zowel in de theorie als in de praktijk van deze organisaties wordt in toenemende mate aandacht gegeven aan de specifieke problemen waarmee de bestuurders worden geconfronteerd. Organisatiekundigen als Mintzberg bezien de structuur van de non-profitorganisaties, zoals ziekenhuizen, vanuit de aard van de primaire werkprocessen waarbij de voor hen noodzakelijke coördinatiemechanismen in belangrijke mate bepalend zijn voor de vorm van de organisatie.¹

Ziekenhuizen worden door Mintzberg qua structuur omschreven als 'professionele bureaucratieën'. 'Professioneel', omdat het primaire proces binnen de organisatie wordt uitgevoerd door professionals die in hoge mate autonoom functioneren en kenmerken bezitten die algemeen aan hen worden toegeschreven, in het bijzonder de wijze van onderling afstemmen via gemeenschappelijke vaardigheden, kennis en mondelinge communicatie met een hoge mate van 'shared values'. 'Bureaucratieën' - niet in de betekenis van een

overmaat van regelgeving - aangezien het ziekenhuis in een relatief stabiele omgeving verkeert waarbij de algemene organisatie en de werkprocessen vooraf worden gepland. Beide kenmerken zijn van belang voor de (on)mogelijkheden om deze organisaties te managen.

Paradox

Momenteel blijft de groei van de financiële middelen van ziekenhuizen achter bij de omvang en de intensiteit van het beroep dat erop wordt gedaan. Een andere vorm van management is hierdoor noodzakelijk geworden waarbij met de kenmerken van professionele organisaties rekening zal moeten worden gehouden.


De eindigheid van middelen noodzaakt in toenemende mate dat een heroverweging met betrekking tot effectiviteit (de goede dingen doen) en efficiëntie (de dingen goed doen), en verklaart in belangrijke mate de intrede van managementstijlen uit de commerciële sector in de non-profitorganisatie gedurende de laatste tien jaar. Het karakter van het huidige ziekenhuismanagement is daardoor sterk aan verandering onderhevig. De traditionele bedrijfsvoeringsmodellen uit de profit-sector kunnen echter in de ziekenhuisorganisatie gezien het produkt: patiëntenzorg, niet zonder meer worden toegepast. Zowel de primaire doelstelling van de ziekenhuisorganisatie, het geven van optimale zorg, en niet een winststreven, als het kenmerk van de arts-patiëntrelatie geeft weinig ruimte voor hiërarchisch-financieel bedrijfsmanagement.

De spanning tussen management en me-

dische professie kan hierdoor aanzienlijk oplopen. Medische professionals laten zich volgens Weggeman immers niet beheersen door het opleggen van regels en procedures.² Ziekenhuisorganisaties stellen dan ook, uitgaande van het feit dat de besturingsmogelijkheden beperkt zijn, hoge eisen aan hun managers en hun stijl van leiding geven. Indien de uitspraak van Weggeman juist is, welke mogelijkheden of instrumenten heeft het management dan concreet ter beschikking om tot sturing te komen?

Een bekende oplossing die wordt toegepast om aan de genoemde paradox tegemoet te komen is managementparticipatie van medici in de vorm van een 'integraal management'. Deze benadering gaat ervan uit dat medische betrokkenheid bij bestuurlijke organisatorische vraagstukken de adequaatheid en de acceptatie voor het maken en doorvoeren van keuzen vergroot. Integraal management maakt dan ook een sterke opmars binnen ziekenhuisorganisaties.

Nieuw concept

Binnen het Academisch Ziekenhuis Nijmegen speelt bovenstaande vraagstelling tegen de achtergrond van een reorganisatie, bekend als 'Sterker Door Integratie',³ waarbij gebruik is gemaakt van een zevental interdependente variabelen ontleend aan het McKinseys 7S model.⁴ Dit model gaat ervan uit dat om tot veranderingen in organisaties te komen veranderingen moeten worden verwezenlijkt in variabelen als structuur, strategie, personeel, stijl van management, systemen, 

procedures en de 'shared values'; 'shared values' zijn vaak terug te vinden in de vorm van doelstellingen van de organisatie. Meestal is de aandacht bij organisatieveranderingen gericht op een verandering van de *structuur*. De andere variabelen zijn qua aanpak en tijdspad moeilijker tot verandering te brengen, maar zijn voor het succes van een reorganisatie vaak net zo belangrijk. Wij willen onze aandacht vooral richten op een (deels) nieuw concept van management waarbij men de aanpak van organisatievraagstukken maximaal aansluiting zoekt bij de gangbare afstemmingscultuur van de medische professionals als belangrijkste functionarissen in dit proces. We gaan ervan uit dat bij de huidige invulling van integraal management niet optimaal gebruik wordt gemaakt van de mogelijke toegevoegde waarde. Integraal management mag niet enkel vorm krijgen in de beperkte vorm van het medeverantwoordelijk maken van de medici voor de bedrijfsvoering, maar dient te leiden tot *synergie in aanpak* van zowel medische en kwaliteitsvraagstellingen als voor bedrijfseconomische problemen. In dit artikel wordt dan ook een concreet actiegericht managementconcept gepresenteerd dat maximaal aansluit bij de overtuigingscultuur en de daarin aanwezige 'shared values' zoals deze tussen medici worden gedeeld, waardoor weerstanden zo goed mogelijk kunnen worden vermeden. Uitgaande van het proces waarin medici met elkaar tot afstemming komen, wordt het begrip 'dual commitment' als managementconcept geïntroduceerd als een wijze van ziekenhuismanagement die op het bijzondere karakter van dit type organisaties inspeelt. De eerste ervaringen hiermee zijn positief.

Begripsanalyse

Om het begrip 'dual commitment' qua *cultuur, structuur en proces* te kunnen analyseren en beschrijven, is het goed eerst aandacht te geven aan de context waarin het wordt geplaatst. Toepassing van 'dual commitment' kan vooral plaatsvinden binnen de context van ziekenhuisorganisaties, waarin het primaire produkt de patiëntenzorg betreft en het kernproces waarlangs dit tot stand komt het centrale aandachtsveld is.

Ziekenhuisorganisaties worden gekenmerkt door een hoge mate van horizontale arbeidsdeling. Arbeidsdeling als basisprincipe van iedere organisatie maakt effectiviteit en efficiëntie mogelijk van complexe werkprocessen en produkten, zoals bedoeld bij het begrip 'patiëntenzorg'. De kwaliteit van een geleverd totaalprodukt wordt daarmee in belangrijke en - in de gezondheidszorg - toenemende mate, afhankelijk van de kwaliteit van af-

stemming en communicatie rond de 'deelprodukten'.

Management dat sturing en beheersing aan ziekenhuisorganisaties wil geven zal om succesvol te kunnen zijn inzicht, instrumenten en vaardigheden in deze processen moeten hebben. Met 'management by dual commitment' wordt een managementstijl gepresenteerd die maximaal inspeelt op het type organisatie zowel qua cultuur als qua structuur en proces.

Cultuur

Indien we in deze context onder cultuur een geheel van waarden en normen verstaan, dan kunnen we tevens constateren dat het begrip 'gezondheid', en in het verlengde hiervan 'gezondheidszorg', doortrokken is van waarden. 'Dual commitment' als managementstijl in het ziekenhuis vindt dan ook plaats in een duidelijk door specifieke waarden gekenmerkte omgeving.

Gezondheid staat nog steeds als hoogste goed in onze samenleving aangeschreven. Het zijn vooral de academische ziekenhuizen die indien het maken van keuzen noodzakelijk wordt als 'last resort' vaak op indringende wijze hiermee worden geconfronteerd. Het geven van kwalitatief goede zorg als doelstelling van de ziekenhuisorganisatie wordt meestal expliciet nagestreefd. Het voornamelijk op basis van beperkte middelen moeten komen tot keuzen in deze zorg is echter nog steeds een betrekkelijk nieuw als wezensvreemd ervaren aspect in de ziekenhuizen.

Een andere invalshoek met betrekking tot waarden en normen is het leveren van het zorgprodukt door professionals die zich hoofdzakelijk in hun handelen laten leiden door hun opvattingen over de optimale kwaliteit van zorg, in die zin dat de eigen beroepsgroep (als externe waarden- en normenbewaker) als enige of belangrijkste toetsende en referentie-instantie wordt gezien.


Het zijn bovenstaande waarden die in de managementstijl van 'dual commitment' als uitgangspunt dienen voor de attitude en wijze van het geven van sturing. Daarnaast is in ons ziekenhuis een veranderende rol waar te nemen voor de ondersteunende specialismen, zoals de pathologie en de medische microbiologie, bij de collegiale toetsing. In het artikel hiervoor is hierop ingegaan.

Afstemming en communicatie tussen professionals vindt niet alleen plaats op basis van gemeenschappelijke kennis en vaardigheden, maar ook op basis van een cultuur waarin overtuiging geschiedt door argumentatie. Realisatie van kostenbeheersing en invoering van bedrijfsinstrumenten die niet uitgaan van of inspelen op

dit specifieke kenmerk van communicatie tussen professionals, zijn gedoemd te mislukken. Kostenbeheersing wordt alleen als een legitiem onderwerp aanvaard voor zover zij de kwaliteit en effectiviteit van de zorgverlening betreft en niet als hoogste of primaire doel wordt gepresenteerd. Hiervoor is het zowel voor de medisch manager als voor de bedrijfskundig manager noodzakelijk over de grens van het eigen vak heen te kijken en te zoeken naar de synergie die een integrale benadering mogelijk maakt.

De attitude die bij 'dual commitment' hoort wordt niet alleen bepaald door het willen dragen van een integrale verantwoordelijkheid, maar ook door het actief gemeenschappelijk aanpakken van de organisatieproblematiek. Zowel het management als de medici, die traditioneel op basis van verschillende belangen en interesses tegenover elkaar hebben gestaan, worden door een benadering via het 'dual commitment' ook in hun opvattingen over waarden en normen dichter bij elkaar gebracht. Hierdoor wordt een nieuw elan gecreëerd dat via op argumenten gebaseerde overtuiging voor de bestuurbaarheid van de organisatie positief uitwerkt. Eerste ervaringen met deze benadering leren dat enerzijds medici zeker wel te sturen zijn en tot echte keuzen en kostenbeheersing in de zorg kunnen worden gebracht en dat anderzijds dat bedrijfskundig management ook de kwaliteit van zorgverlening als primair doel kan en wil beschouwen, mits dit goed onderbouwd via een aanpak geschiedt, zoals in de medische cultuur gebruikelijk is. Het sturend vermogen van de organisatie neemt hierdoor toe, hoewel het geen panacee zal zijn voor alle 'kwalen'.

Structuur

Hoewel in de structuur van organisaties het bestuur en de besturing vaak ergens in de top van de organisatie worden gelokaliseerd, is de eigenlijke besturing in werkelijkheid niet voorbehouden aan de top. Juist in een professionele organisatie is besturing vanuit 'het bestuur' aan beperkingen gebonden en het domein van de uitvoerders. Indien 'dual commitment' een managementstijl is met betrekking tot een besturingswijze, dan is het niet voorbehouden aan de top van de organisatie maar dient het te worden gehanteerd op alle niveaus binnen de organisatie. Het is de in vele organisaties ingezette decentralisatie die uitgaat van dit inzicht, door besturing zo laag mogelijk in de organisatie te leggen, gericht op toename van het bestuurlijk vermogen - een gebied waarop via contractmanagement nogal eens afstemmingsproblemen ontstaan in omvang en kwaliteit van de medisch- 

ondersteunende dienstverlening en de onderlinge verrekening hiervan.

In de *figuur* wordt schematisch de afstemming rond medisch-ondersteunende dienstverlening voorgesteld.

Traditioneel voeren medici onderling rechtstreeks overleg binnen A, vooral gericht op de individuele patiënt en de hoogst mogelijke kwaliteit van zorgverlening. Management met betrekking tot effectiviteit en efficiëntie komt binnen dit overleg zelden aan de orde. Het bedrijfskundig management binnen D voert op zijn beurt, traditioneel, overleg aangaande beheersings- en besturingsvraagstukken waarbij de gevolgen voor de 'individuele' patiëntenzorg minimaal aan bod komen. Binnen de situatie A en D bestaat er tot nu toe gebrek aan inzicht in aanzien van een adequate en integrale aanpak van de vraagstukken. Door binnen een organisatie (onderdeel) zowel medicus als management verantwoordelijk te maken met betrekking tot sturing van hun organisatie (onderdeel), ontstaat een vergroting van inzicht en draagvlak. Deze synergie levert tevens nieuwe methoden en mogelijkheden voor de aanpak van de verschillende organisatievraagstukken.

Binnen de situatie B en C is tot nu toe alleen sprake van overleg tussen interne onderdelen van de organisatie, waarbij medicus en management vanuit verschillende onderdelen tot afstemming zouden moeten komen. Deze setting geeft extra aanleiding tot verschillende inzichten en spanningen met betrekking tot de richting waarin de oplossing van de vraagstukken, veroorzaakt door verschillende belangen en opvattingen, moet worden gezocht. Binnen een 'dual commitment'-situatie wordt niet alleen een integratie tussen

medicus en management binnen een onderdeel voorgesteld (AB en AC), maar tevens een integrale verantwoordelijkheid en aanpak van zowel de medische als de niet-medische professional met A-B-C- en D weergegeven. Het *duale* karakter van het *commitment* is hierin gelegen, dat er een wederzijdse verplichting en voortdurende interactie tussen medicus en management binnen een onderdeel wordt aangegaan, terwijl tegelijkertijd een wederzijdse verplichting tussen twee of meer onderdelen gehandhaafd blijft.

Proces

Het proces en de weg waarlangs de concrete aanpak van organisatievraagstukken zou moeten verlopen, dienen te starten bij de overtuigingscultuur zoals deze gangbaar is tussen medici. Hoofdt thema van dit overleg is de *inhoudelijke* kwaliteit van zorg. Deze heeft zowel betrekking op de individuele patiënt als op het noodzakelijk moeten refereren aan het beleidskader van de organisatie. Centraal in dit proces is de weg waarlangs het integraal management vanuit de medisch-inhoudelijke kwaliteit komt tot een bedrijfskundige kwaliteit. Het gezamenlijk doorlopen van dit proces door een geïntegreerd management is hiervoor noodzakelijk. Het begin hierbij is niet zozeer het controlerende, klassieke, model van kwaliteitsbewaking, maar vooral de benadering van de kwaliteit van de zorg en de bevordering ervan. Uitwerking van de kwaliteitsbevordering noodzaakt tot bezinning op de effectiviteit van de verlening van medische zorg. De overgang van medisch-inhoudelijke kwaliteit naar effectiviteit van zorgverlening is langs de weg van de kwaliteitsbevordering een kleine stap, waarbij de effectiviteit van het handelen een erkend en substantieel

onderdeel van de medisch-inhoudelijke kwaliteit uitmaakt. Indien van medici mag worden verwacht dat hun medisch handelen kwaliteitsgericht en efficiënt is, is dit handelen hiermee ook een wezenlijk onderdeel van hun professionele verantwoordelijkheid. Als onderdeel van deze verantwoordelijkheid dient ook de efficiëntie van de zorgverlening als wezenlijk onderdeel te worden geanalyseerd, met andere woorden: de efficiëntie-analyse dient een integraal onderdeel van die van de effectiviteit te zijn.

Deze gezamenlijke en integrale aanpak biedt een maximale kans om tot voor alle betrokkenen aanvaardbare conclusies met betrekking tot noodzakelijke middelenaanpassingen te leiden. Indien de beschikbare middelen uiteindelijk niet toereikend blijken te zijn om tot oplossingen te komen, vormt dit inzicht een gezamenlijke niet-controversiële basis en 'commitment' om tot moeilijke keuzen in de zorg te komen. De onduidelijkheid rond effectiviteit en efficiëntie van de zorgverlening wordt door 'dual commitment' verminderd, waardoor maximaal aandacht vrij kan komen voor de meer fundamentele keuzen.

Besluit

Het verkrijgen van een optimale gemeenschappelijke basis voor het maken van noodzakelijke keuzen kan als een van de doelen van 'dual commitment' worden gezien. Het bestuurlijk vermogen, dat in een organisatie moet zijn toegesneden op de keuzen waarvoor die organisatie zich gesteld ziet, kan hierdoor toenemen. Wij gaan ervan uit dat een verdere rationalisering van besturings- en besluitvormingsvraagstukken in de zorgsector een wenselijke en noodzakelijke ontwikkeling is die bij het belang van de maatschappelijke functie van de organisaties in deze sector aansluit. •

drs W.B.H. van de Vorle,
bedrijfskundige, manager clusterbestuur,
Cluster Paraklinische Specialismen, Academisch Ziekenhuis St. Radboud, Nijmegen

prof.dr D.J. Ruiter,
patholoog, voorzitter clusterbestuur, Instituut voor Pathologie, Cluster Paraklinische Specialismen, Academisch Ziekenhuis St. Radboud, Nijmegen

Literatuur

1. Mintzberg H. Structuring of Organisations. 1979.
2. Weggeman M. Leiding geven aan Professionals. Deventer, 1992.
3. Nota 'Sterker Door Integratie'. Nijmegen: AZN St. Radboud, 1991.
4. Peters T, Waterman R. Excellente ondernemingen, 1984.
5. De kwaliteit van zorginstellingen (Kwaliteitswet zorginstellingen). Tweede Kamer vergaderjaar 1993-1994.

Figuur. Afstemming rond medisch-ondersteunende dienstverlening.

